Institut de la statistique du Québec

zoom santé

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Juin 2008

Caractéristiques de santé des immigrants du Québec : comparaison avec les Canadiens de naissance

Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Par VIRGINIE NANHOU et NATHALIE AUDET, Institut de la statistique du Québec

Le Québec accueille, depuis 2004, plus de 40 000 immigrants annuellement[1]. Ces immigrants constituent une proportion de plus en plus importante de la population québécoise et, par conséquent, leur contribution à l'état de santé global est croissante, d'où l'intérêt de connaître les caractéristiques de santé de cette population. Au Canada, des études[2] ont montré que les immigrants jouissent en général d'un meilleur état de santé que l'ensemble de la population générale. Ce phénomène est communément appelé l'« effet de la bonne santé des immigrants ».

Le présent bulletin a pour objectif de dresser un portrait de santé des immigrants du Québec en comparaison avec les Canadiens de naissance résidant au Québec. Pour ce faire, des caractéristiques liées à la santé ont été retenues, soit des indicateurs de l'état de santé, d'utilisation des services de santé et d'autres relatifs aux habitudes de vie.

L'analyse porte sur trois groupes distincts, soit les immigrants récents, les immigrants de longue date et les Canadiens de naissance (voir l'encadré des définitions à la page 2). Cette distinction se justifie par le fait que dans la plupart des études mentionnées, il est indiqué qu'avec le temps, l'état de santé des immigrants converge vers celui de la population hôte.

Les données présentées proviennent de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1* (2005) (voir l'encadré à la page 4). L'analyse est essentiellement descriptive[3].

Les immigrants récents étant habituellement plus jeunes que l'ensemble de la population et compte tenu de l'influence de l'âge comme facteur de risque sur la santé, il importe de prendre en considération la distribution par âge de notre population à l'étude. Ainsi le tableau 1 montre qu'au Québec en 2005, la grande majorité des immigrants récents se retrouve dans la catégorie des 18 à 44 ans (86 %) alors que c'est le tiers pour les immigrants de longue date et moins de la moitié pour les canadiens de naissance (33 % et 47 %, respectivement).

L'analyse qui suit porte sur les adultes de 18 ans et plus, mais aussi sur ceux de 18 à 44 ans afin de tenir compte de l'influence de l'âge. En effet, les données de l'ESCC de 2005 pour le Québec, comme celles de l'Enquête sociale et de santé (ESS) menée au Québec en 1998 par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), indiquent que les 45 ans et plus sont davantage portés que les plus jeunes à déclarer une perception moins bonne de leur santé, la présence de maladies chroniques et un recours aux professionnels de la santé (données non présentées), d'où la pertinence d'examiner les résultats du groupe des 18 à 44 ans. Lorsque ces résultats s'avèrent différents de ceux obtenus pour l'ensemble des adultes (18 ans et plus), ils sont mentionnés dans le texte.

Autoévaluation de la santé, présence de maladies chroniques et surplus de poids

En 2005, environ 95 % des immigrants récents âgés de 18 ans et plus perçoivent leur santé comme étant bonne à excellente, comparativement à 85 % des immigrants de longue date et à 89 % des Canadiens de naissance (figure 1). Les différences entre ces trois groupes sont significatives. Mais lorsque l'on considère les 18 à 44 ans seulement, on n'observe plus de différence significative entre les trois groupes (données non présentées). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la proportion de

1. C. GIRARD (2007). *Bilan démographique du Québec*. ISQ, Québec, p. 49-57.
2. M. CLARKSON, R. TREMBLAY et N. AUDET (2002). *Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque ? Rapport de l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*. Québec, Institut de la Statistique du Québec, 460 p. (Édition électronique révisée)
E. NG, R. WILKINS, F. GENDRON et J.-M. BERTHELOT (2005). « L'évolution de l'état de santé des immigrants », dans *Tendances sociales canadiennes*, n° 78, Statistique Canada, p. 18-21, n° de catalogue 11-008-X1F, accessible en ligne [www.statcan.ca].
C.E. PÉREZ (2002). *État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants*, supplément aux Rapports sur la santé, vol. 13, n° 1, Statistique Canada, 13 p., n° 82-003 X1F.
I. HYMAN (2001). *Immigration et santé*, document de travail, Ottawa, Santé Canada, 2001, accessible en ligne [www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/iacb-dgiac/pdf/pubs/hpr-rps/wp-dt/2001-0105-immigration/2001-0105-immigration_f.pdf], site consulté le 28 mars 2008.
COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (1999). *Immigration. Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Santé Canada, Statistique Canada et Institut Canadien d'information sur la Santé, chapitre 4, p. 26-29, n° de catalogue 82-570-X1F, accessible en ligne [www.statcan.ca].
3. Tous les tests statistiques ont été faits à un seuil de signification de 5 %.

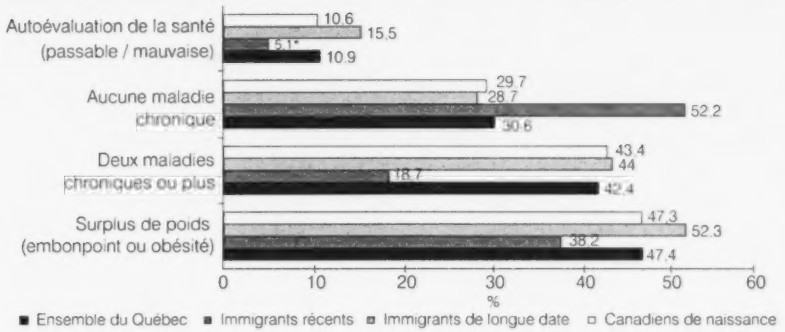
Québec

Tableau 1
Distribution de l'âge selon le statut d'immigration, population de 18 ans et plus, Québec, 2005

Groupe d'âge	Ensemble du Québec	Immigrants récents	Immigrants de longue date	Canadiens de naissance
		%		
18-24 ans	11,9	14,2	6,0	12,4
25-44 ans	36,4	71,4	26,5	35,5
45-64 ans	35,5	13,5*	41,6	36,2
65 ans +	16,2	0,8**	26,0	15,9

* Cœfficient de variation entre 15 % et 25 %, interpréter avec prudence
** Cœfficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement
Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 3.1, fichier de partage 2005.
Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Figure 1
Indicateurs d'état de santé selon le statut d'immigration, population de 18 ans et plus, Québec, 2005



* Cœfficient de variation entre 15 % et 25 %, interpréter avec prudence.
Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 3.1, fichier de partage 2005.
Compilation : Institut de la statistique du Québec.

personnes qui perçoivent leur santé comme étant bonne à excellente tend à diminuer avec l'âge. En 2005, les immigrants de longue date et les Canadiens de naissance comptent une proportion plus élevée de personnes de 45 ans et plus que les immigrants récents (tableau 1).

Les immigrants récents de 18 ans et plus (52 %) sont proportionnellement plus nombreux à déclarer n'avoir aucune maladie chronique que les immigrants de longue date (29 %) et les Canadiens de naissance (30 %). Par le fait même, ils sont proportionnellement moins nombreux que les immigrants de longue date et les Canadiens de naissance à déclarer deux maladies chroniques ou plus (19 % c. 44 % et à 43 % respectivement). À l'examen des 18 à 44 ans, on ne détecte plus de différence significative entre les immigrants récents et les immigrants de longue date. Par contre, les immigrants récents aussi bien que ceux de longue date, âgés de 18 à 44 ans, déclarent moins de maladies chroniques que les Canadiens de naissance du même groupe d'âge (données non présentées). Ces résultats semblent indiquer qu'au Québec, en 2005, les immigrants sont en meilleure santé que les Canadiens de naissance, notamment en ce qui concerne les maladies chroniques.

En ce qui concerne le surplus de poids, les résultats montrent des différences significatives entre les trois groupes. Proportionnellement moins d'immigrants récents de 18 ans et plus (38 %) présentent un surplus de poids (embonpoint et obésité) que les immigrants de longue date (52 %) et les Canadiens de naissance (47 %).

Définition des variables

Statut d'immigration : Les « immigrants récents » sont définis comme les immigrants ayant résidé 10 ans ou moins au Canada en 2005 (année de l'enquête), tandis que les « immigrants de longue date » sont ceux qui ont résidé plus de 10 ans au Canada en 2005, par opposition aux Canadiens de naissance. Ils résidaient tous au Québec en 2005.

Maladie chronique : Il s'agit d'un problème de santé de longue durée qui persiste ou devrait persister pendant au moins 6 mois et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé. En 2005, de la trentaine de maladies qui ont été énumérées, on peut citer les maladies telles que l'arthrite, les maux de dos, le diabète et l'hypertension.

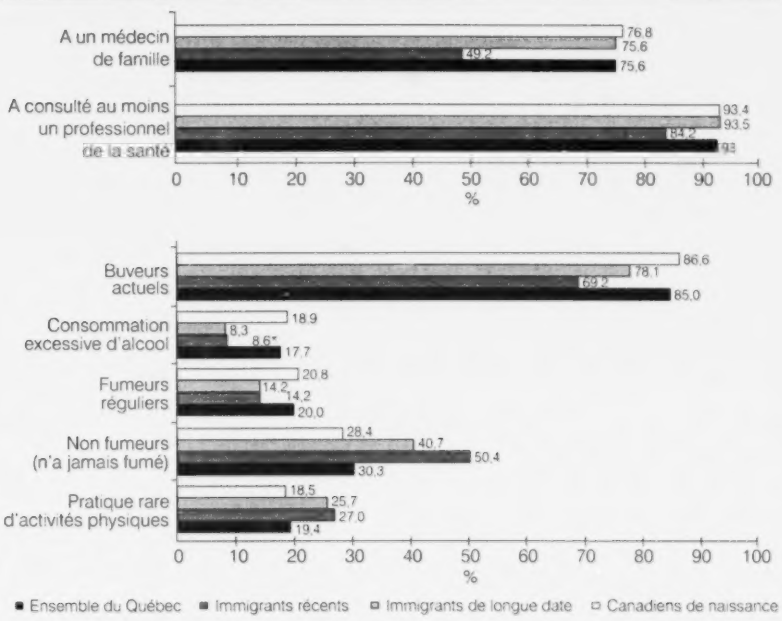
Consultation d'au moins un professionnel de la santé : Cet indicateur précise si au moins un des dix professionnels de la santé suivants ont été consultés (y compris les consultations par téléphone) : médecin de famille, pédiatre ou omnipraticien ; spécialiste de la vue ; autre médecin spécialiste ; infirmière ; dentiste ou orthodontiste ; chiropraticien ; physiothérapeute ; travailleur social ou conseiller ; psychologue ; orthophoniste, audiologiste ou ergothérapeute.

Surplus de poids : Il s'agit du regroupement des catégories « Embonpoint » et « Obésité » de l'indice de masse corporelle (IMC). Cet indice est calculé en divisant le poids déclaré en kg par le carré de la taille déclarée en mètres. La catégorie « Embonpoint » est définie par un IMC de 25 à moins de 30 et la catégorie « Obésité » est définie par un IMC de 30 et plus.

Consommation excessive d'alcool : Elle est définie comme la consommation d'au moins 5 verres d'alcool en une même occasion, au moins 12 fois au cours d'une période de 12 mois. La population de référence inclut aussi bien les buveurs que les non-buveurs.

Fréquence des activités physiques : Cet indicateur porte sur la fréquence mensuelle moyenne des activités physiques d'une durée supérieure à 15 minutes. Cette mesure est calculée sur une moyenne de 3 mois. Il permet de classer les individus dans l'une des trois catégories suivantes : pratique régulière d'activités physiques (au moins 12 fois par mois), pratique occasionnelle d'activités physiques (de 4 à 11 fois par mois) et pratique rare d'activités physiques (moins de 4 fois par mois).

Figure 2
Indicateurs d'utilisation des services de santé et d'habitudes de vie selon le statut d'immigration, population de 18 ans et plus, Québec, 2005



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %, interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 3.1, fichier de partage 2005.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Une tendance similaire s'observe chez les 18 à 44 ans, bien qu'aucune différence significative n'ait été décelée (données non présentées).

Ces résultats semblent corroborer l'existence de l'« effet de bonne santé de l'immigrant », notée dans diverses études portant sur la santé des immigrants[4] et notamment celle de Pérez (2002) effectuée à l'aide des données de l'ESCC 2000-2001[5].

Utilisation des services de santé

Il ressort de la figure 2 qu'environ la moitié (49 %) des immigrants récents ont un médecin de famille en 2005, comparativement à plus des trois quarts des immigrants de longue date (76 %) et des Canadiens de naissance (77 %). Chez les 18 à 44 ans, des différences significatives sont décelées entre les trois groupes (immigrants récents, 46 % c. immigrants de longue date, 58 % c. Canadiens de naissance, 66 %).

De plus, les immigrants récents de 18 ans et plus (84 %) sont significativement moins nombreux en proportion que les immigrants de longue date (94 %) et les Canadiens de naissance (93 %) à avoir consulté au moins un professionnel de la santé au cours d'une période de 12 mois.

Ces résultats indiquent que les immigrants récents utilisent relativement moins les services de santé que les immigrants de longue date et les Canadiens de naissance.

Habitudes de vie

Consommation d'alcool

Comme le montre la figure 2, la proportion des buveurs actuels[6] en 2005 est significativement moins élevée chez les immigrants (récents, 69 % ou de longue date, 78 %) que chez les Canadiens de naissance (87 %). La différence entre les deux groupes d'immigrants (récents ou de longue date) est également significative.

La consommation excessive d'alcool est moins élevée chez les immigrants (récents, 9 % ou de longue date, 8 %) que chez les Canadiens de naissance (19 %).

Consommation de tabac

La proportion de fumeurs réguliers est moins élevée chez les immigrants récents ou de longue date (14 %) que chez les Canadiens de naissance (21 %). En ce qui concerne la proportion des abstinents (ceux qui n'ont jamais fumé), on observe une différence significative entre les trois groupes (immigrants récents, 50 % c. immigrants de longue date, 41 %, c. Canadiens de naissance, 28 %).

Fréquence des activités physiques

Globalement, les immigrants (récents ou de longue date) pratiquent moins fréquemment des activités physiques que les Canadiens de naissance. En effet, 27 % des immigrants récents et 26 % des immigrants de longue date pratiquent rarement des activités physiques (activité de plus de 15 minutes, moins de quatre fois par mois), comparativement à 19 % des Canadiens de naissance.

Conclusion

De l'analyse des données de l'ESCC 2005, il ressort qu'au Québec, on observe l'« effet de bonne santé des immigrants ».

Les immigrants récents utilisent moins les services de santé que les immigrants de longue date et les Canadiens de naissance. Ceci pourrait être lié au fait qu'ils

4. M. CLARKSON, R. TREMBLAY et N. AUDET (2002). *Op. cit.*
   E. NG, R. WILKINS, F. GENDRON et J.-M. BERTHELOT (2005). *Op. cit.*
   C.E. PEREZ (2002). *Op. cit.*
   I. HYMAN (2001). *Op. cit.*
   Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1999). *Op. cit.*
5. Cette étude a utilisé une analyse multivariée en tenant compte de l'âge, du niveau de revenu et de la scolarité. Elle a démontré qu'au Canada, les immigrants dans l'ensemble jouissent d'une meilleure santé que les Canadiens de naissance, particulièrement en ce qui a trait aux maladies chroniques.
6. Les buveurs actuels sont des personnes qui ont bu de l'alcool au cours d'une période de 12 mois.

sont en meilleure santé, mais aussi à une certaine méconnaissance des services de santé[7]. Ces résultats font ressortir l'existence d'un défi important, soit celui de l'accès aux services de santé par les nouveaux arrivants.

Les immigrants du Québec (récents ou de longue date) ont de meilleures habitudes de vie que les Canadiens de naissance en ce qui concerne la consommation d'alcool ou de tabac, mais pas en ce qui concerne l'activité physique. Ces résultats concordent avec les conclusions des études de Pérez (2002)[8] et de Clarkson et autres (2002)[9]. Cependant, en matière de consommation d'alcool et de tabac, les immigrants de longue date tendent à se distinguer des immigrants récents et par le fait même convergent vers les Canadiens de naissance.

Ces résultats sont le reflet d'un apport positif des nouveaux immigrants au portrait de santé de la population du Québec. Il faudrait trouver des moyens de tirer parti des aspects positifs qu'ils détiennent afin de conserver les acquis. Par ailleurs, il s'avère important de promouvoir davantage, auprès de la population des immigrants, l'importance de l'activité physique et de maintenir une saine hygiène de vie.

Les différences entre les résultats relatifs aux 18 ans et plus d'une part et les 18 à 44 ans d'autre part illustrent le lien qui existe entre les caractéristiques sociodémographiques, telles que l'âge et l'état de santé des individus. Cependant, ces résultats ont également permis de montrer que l'âge ne pourrait expliquer à lui seul les différences observées entre les immigrants et les Canadiens de naissance, et donc, qu'il existe d'autres explications possibles aux différences décelées. Ainsi, pour expliquer le fait que les immigrants récents sont relativement en meilleure santé que les Canadiens de naissance, on peut citer le mécanisme de sélection des immigrants. Ces derniers, à l'exception des réfugiés, doivent répondre à certaines exigences en matière d'état de santé lors du processus de sélection, conformément aux dispositions de la Loi sur l'immigration. Les habitudes de vie pourraient être une autre explication aux différences observées.

Cependant, il faut indiquer qu'on ne peut écarter complètement la possibilité de l'existence d'un biais culturel qui, associé au biais de désirabilité sociale inhérent aux enquêtes populationnelles, pourrait avoir influencé les déclarations des répondants et plus particulièrement celles des immigrants, notamment en ce qui concerne les habitudes de vie et la présence de maladies chroniques.

Une limite de cette analyse vient du fait que les données n'ont pas permis de distinguer les immigrants en fonction de leur pays de naissance, en raison d'un effectif relativement faible pour ce niveau de détail. Précisons que les caractéristiques de santé des immigrants peuvent varier selon leur origine, comme l'a démontré l'étude auprès des communautés culturelles menée par l'ISQ en 1998-1999[10]. La diversité culturelle peut conduire à des conceptions différentes de la santé et influencer l'utilisation des services de santé[11].

7. L. PICA (2004). *Faits saillants de l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999 sur les immigrants d'origine chinoise*, Québec, Institut de la Statistique du Québec, 8 p.
8. C. E. PÉREZ (2002). *Op. cit.*
9. M. CLARKSON, R. TREMBLAY et N. AUDET (2002). *Op. cit.*
10. M. CLARKSON, R. TREMBLAY et N. AUDET (2002). *Op. cit.*
11. S. GRAVEL, A. BATTAGLINI, H. RIBERDY, D. GUAY, (2000). *Culture, santé et ethnicité : vers une santé publique pluraliste, rapport synthèse*, vol. 4 n° 3, mai 2000, 4 p.

À propos de l'enquête

L'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) est une série d'enquêtes générales et thématiques réalisées par Statistique Canada dans les provinces et les territoires depuis 2000-2001. Les enquêtes générales fournissent des données représentatives des régions sociosanitaires sur l'état de santé, ses déterminants et l'utilisation des services de santé. Concernant chacun des cycles généraux, environ 132 000 personnes (environ 26 000 au Québec) participent à une entrevue assistée par ordinateur, en personne ou par téléphone, d'environ 45 minutes. Un répondant de 12 ans et plus est sélectionné au hasard dans chaque ménage. La population visée est celle des ménages privés ; elle ne comprend pas les résidants des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes, des établissements et de certaines régions éloignées.

Le fichier de partage pour le Québec (93,5 % des répondants) a été utilisé pour produire les présentes données.

Pour en savoir davantage sur l'ESCC, veuillez consulter le site Internet de Statistique Canada à l'adresse suivante : www.statcan.ca/menu-fr.htm

Pour accéder aux fichiers de microdonnées des enquêtes (fichiers de partage pour le Québec), on peut s'adresser au Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ (CADRISQ) à l'adresse suivante : www.stat.gouv.qc.ca/cadrisq, ou composer le 514 343-2299.

Ce bulletin est conçu par la Direction des statistiques sociales, démographiques et de santé.

Pour tout renseignement veuillez communiquer avec : Jacinthe Aubin
Direction des statistiques sociales, démographiques et de santé
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, 5e étage
Montréal (Québec) H3B 4J8

Téléphone : 514 873-4749, poste 6102
Télécopieur : 514 864-9919
Courriel : contactsante@stat.gouv.qc.ca

La version PDF de ce bulletin est diffusée sur le site Web de l'Institut, à l'adresse suivante : www.stat.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2e trimestre 2008
ISSN 1911-5520 (version imprimée)
ISSN 1911-5539 (en ligne)

© Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, 2006

Institut de la statistique Québec